

下腹部横切開後2か所の腹壁癒痕ヘルニアを腹腔鏡下に手術した1例

横浜市立みなと赤十字病院 外科

○中^{なか}馬^ま 雅^{まさ}之^{ゆき}、平井 公也、前橋 学、藤原 大樹、中山 岳龍、大山 倫男、柿添 学、小野 秀高、杉田 光隆

症例は73歳女性。平成26年8月中旬、卵巣嚢腫、子宮筋腫に対して下腹部横切開で子宮全摘術、両側付属器切除術を施行された。平成27年3月より鼠径部の違和感、膨隆を自覚した。3月中旬、両下腹部腹壁癒痕ヘルニアの診断となり、治療目的で当科紹介受診した。4月中旬、腹腔鏡下ヘルニア根治術を施行した。ヘルニア門の大きさは左9×5cm、右7×5cmであった。それぞれ15.2×20.3cmの腹壁癒痕ヘルニア用のメッシュを形成して修復を行った。部位としては外鼠径ヘルニアにおけるヘルニア門の近傍であったが、より腹側に位置し、大きかったため、腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術（TAPP法）では修復が困難であり、一方、通常の腹壁癒痕ヘルニア根治術の手技では、尾側のメッシュ固定が困難であった。尾側はTAPP法を応用し、固定をタッカーでクーバー靱帯に行い、腹側は腹壁にタッカーで固定した。メッシュの上半分が腹腔内に露出するように腹膜をメッシュに縫合固定した。術後は問題なく経過し、術後5日目に退院となり、その後も再発は認めていない。腹壁癒痕ヘルニアは部位や大きさにより、1例ずつ工夫をして手術を行う必要がある。画像を供覧し、手術の要旨について説明をする。

上部消化管造影後の結腸穿孔にてバリウム腹膜炎からGrey Turner 徴候を呈した一例

伊勢赤十字病院 外科

○中^{なか}川^{かわ} 勇^{ゆう}希^き、高橋 幸二、増田 穂高、坂口 充弘、田村 佳久、山岸 農、熊本 幸司、藤井 幸治、松本 英一、宮原 成樹、楠田 農

症例は64歳男性。健康診断にてバリウムによる上部消化管造影検査を施行した。検査翌日の朝より腹痛あり、前医入院にて経過観察となっていた。同日夜に全身状態の悪化みられたため当院へ紹介、入院となった。入院時現症は体温37.9℃、血圧122/66mmHg、心拍数127/分、腹部全体に圧痛を認め、下腹部に筋性防御を認めた。CT所見ではS状結腸間膜から後腹膜に漏出したバリウム、遊離ガスを認めた。S状結腸穿孔、バリウム腹膜炎の診断にて緊急手術を施行した。腹腔内には混濁した腹水があり、バリウムと便がS状結腸間膜から後腹膜にかけて漏出していた。穿孔部を中心にS状結腸を部分切除して人工肛門を造設した（Hartmann手術）。摘出したS状結腸には腫瘍性変化や憩室などは認めなかった。術後はseptic shock、DICの状態となり、人工呼吸器管理下で加療した。第2病日には左側腹部にGrey Turner 徴候が出現した。徐々に全身状態は改善し、第7病日に抜管、第9病日に一般病棟転床となった。Grey Turner 徴候を呈した左側腹部腹壁は徐々に黒色壊死となり、左肋骨弓から上前腸骨棘まで腹壁壊死を認めた。第10病日に左側腹部の壊死部を切開し、第18病日に全身麻酔下に左下部肋骨から左腎臓まで至る腹壁全層の壊死組織除去を行った。術後は3-layer vacuum pack methodによるVacuum pack closureによる閉腹を施行した。以降2日おきにVacuum pack closureの交換を行ったが、浸出液の管理に有用であり、生活動作も維持された。栄養管理を徹底し、肉芽組織が十分できたところで第48病日に植皮術によるplanned ventral herniaとして閉創した。植皮後の経過は良好であり、第70病日に独歩退院となった。

0-4-38 後腹膜腔に発生した著明な石灰化を伴う Solitary fibrous tumor の1例

釧路赤十字病院 外科

○藤^{ふじの}野^の 翔^{しょう}太^{たろう}郎、真木 健裕、三栖 賢次郎、石井 大輔、金古 裕之、猪俣 斉、近江 亮、二瓶 和喜

症例は64歳の男性。人間ドックで右後腹膜腔に石灰化病変を指摘され、当院を受診した。CT画像で肝下縁尾側の後腹膜腔に61mm大の石灰化病変を認めた。採血結果に特記すべき異常所見はなく、CEA、CA19-9の上昇を認めなかった。幼少期に虫垂炎の手術歴があり、ガーゼ等異物の遺残による石灰化、もしくは良性の石灰化病変と診断し経過観察していた。腫瘤は増大傾向なく無症状で経過していたが、初診から1年後に本人が切除を希望したため腹腔鏡下に腫瘤を摘出した。腫瘤は75×55×60mm大、境界明瞭、全体的に白色で硬く、石灰化が主体であった。病理組織学的に、大部分が石灰化で占められていたものの、紡錘形で密度は高いが異型性に乏しい腫瘍細胞が散見された。免疫染色でCD34強陽性、vimentin陽性、Bcl2陰性、CD99陽性、EMA陰性であり、Solitary fibrous tumorと診断した。画像上転移はなくKi-67は1%以下であり、良性腫瘍と診断した。患者は術後6カ月の時点で無再発生存している。通常Solitary fibrous tumorは胸腔内の間葉系組織から発生し、後腹膜腔内における発生は珍しい。また、著名な石灰化を伴う点においても本症例は稀少と思われる。本病態について文献的に考察する。

0-4-37 頸部食道癌ハイリスク症例に対する2期分割手術の1例

姫路赤十字病院 外科

○橋^{はし}本^{もと} 将^{まさ}志^し、信久 徹治、吉田 有佑、橋本 陽子、大塚 翔子、梶原 義典、田井 龍太、浜野 郁美、湯浅 壮司、芳野 圭介、下島 礼子、遠藤 芳克、渡辺 貴紀、渡辺 直樹、松本 裕佑、甲斐 恭平、佐藤 四三

食道癌は1期的に食道切除、リンパ節郭清、再建を行う手術が一般的であるが、手術侵襲が大きく、耐術能の悪い症例は2期的に行うこともある。今回我々は頸部食道癌ハイリスク症例に対して、20ヶ月の間隔を置いた2期分割手術を経験した。症例は66歳男性、上部消化管内視鏡検査にて頸部食道に2型進行食道癌を認め、CTで気管浸潤と腫瘍近傍のリンパ節腫大が疑われた。リウマチ性多発筋痛症を罹患中、一過性脳虚血発作の既往もありステロイド、抗血小板薬を内服、加えて閉塞性換気障害もあり、手術合併症のリスクが高いと考えられた。頸部食道切除+頸部リンパ節郭清を行い、胸部の縦隔リンパ節郭清は2期的に行う方針とした。再建は遊離空腸再建を予定していたが、血管の状態が悪く困難と判断し、胸骨後経路胃管再建を行った。胸部食道は残存させ、肛門側を挙上空腸と食道空腸吻合を行い、挙上空腸は再度小腸切離断端と端側吻合を行い終了した。術後は大きなトラブルなく退院した。病理診断はSTAGE4aであったため、5-FU+CCDPによる術後補助化学療法を施行した。手術合併症リスクと再発の危険性を考慮し、縦隔リンパ節郭清はいったん見送り、経過観察を行う方針となったが、その後再発所見認めず18か月が経過した。ステロイドの離脱もできたため、術後20か月で胸部食道切除+縦隔リンパ節郭清を行った。縦隔リンパ節転移は認めなかったが、切除食道に術前指摘のなかった深達度Mの早期食道癌を認めた。今回ハイリスク症例に対して2期的手術で合併症なく治療でき、また発癌リスクの高い食道を切除することで偶然にも新規病変を治癒切除できた症例を経験した。

0-4-40 恥骨近くに認められた腹壁癒痕ヘルニアに対する腹腔鏡下修復術の経験

沖縄赤十字病院 外科

○友^{とも}利^り 健^{けん}彦^{ひこ}、林 裕樹、野里 栄治、豊見山 健、宮城 淳、長嶺 信治、永吉 盛司、仲里 秀次、佐々木 秀章、大嶺 靖、知花 朝美

腹壁癒痕ヘルニアが恥骨近くに認められる場合、腹腔鏡下での修復術を行うためには足腸存在する膀胱をが存在するためメッシュをしっかりと固定するためには手技の工夫が必要とされる。今回恥骨近くの腹腔鏡下腹壁癒痕ヘルニア修復術を経験したので手術手技を供覧する。

【症例】30代の女性。3度の帝王切開を施行されている。今回下腹部の腫脹を主訴に当院を受診した。下腹部正中に帝王切開の手術痕をみとめ、同部に約3横指のヘルニア門を認めた。下端は恥骨から約2横指の部位であった。

【手術】臍部にopen法にて10mmのポートを留置し、同レベルの左右腹直筋外縁に5mmのポートを挿入し、3ポートで手術を行った。腹腔内から観察するとヘルニア門は恥骨に近く認めた。左右のCooper靱帯を左右内側臍ひだ外側で明らかとし、その内側にある膀胱を鉤にかつ愛護的に剥離、背側に落とした後に膀胱へ生理食塩水を注入して膀胱の境界を明らかとし、正中の腹膜を切離して膀胱を背側へ完全に剥離し、恥骨結節背面を明らかにした。その後挿入したメッシュを恥骨結節及び左右Cooper靱帯へ固定し、その後奥から手前へメッシュを広げるようにDouble Crown法で固定を行った。その後膀胱辺縁の腹膜をメッシュへ縫合し、膀胱剥離面を露出させないようにした。

【術後】経過は良好で3日目に退院し、その後再発や術後合併症は認めていない。

【まとめ】恥骨近くの腹壁癒痕ヘルニアに対する腹腔鏡下修復術は安全に施行可能であると考えられた。

0-4-39 ポリステレンスルホン酸カルシウムが原因と考えられる消化管穿孔の2例

釧路赤十字病院 外科

○石^{いし}井^い 大^{だい}輔^ふ、真木 健裕、上村 志臣、金古 裕之、三栖 賢次郎、猪俣 斉、近江 亮、二瓶 和喜

症例1は82歳女性。突然の腹痛、嘔吐を主訴に当科を受診した。慢性腎不全に対してポリステレンスルホン酸カルシウム（CPS）を内服していた。ショック状態であり、腹膜刺激徴候を認めた。CTでfree airを認めた。消化管穿孔と診断して緊急手術を施行した。S状結腸穿孔と腹腔内に逸脱した硬便を認め、S状結腸切除+下行結腸人工肛門造設を施行した。術翌日に敗血症のため永眠された。病理組織学的に穿孔部周囲の粘膜に濃紫色の多角形結晶構造を認め、CPSによる腸管穿孔が疑われた。症例2は74歳女性。突然の下腹部痛を主訴に救急車で来院した。慢性腎不全に対してCPSを内服していた。ショック状態であり、腹膜刺激徴候を認めた。CTでfree airを認めた。消化管穿孔と診断して緊急手術を施行した。S状結腸に穿孔を認めた。硬便が蓄積した左側結腸を切除し、横行結腸人工肛門を造設した。病理組織学的に穿孔部周囲に濃紫色の多角形結晶構造を認め、CPSによる腸管穿孔が疑われた。術後、敗血症および末梢循環不全が悪化し、術後13日目に気管切開と両下腿切断を施行した。術後107日の時点で、気管切開チューブと経管栄養を要する寝たきり状態で生存している。CPSが原因と考えられる消化管穿孔について文献的に考察する。